

# REQUISITOS PARA UNA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN: MEDICARE ADVANTAGE, COMERCIAL & VITAL

## Requisitos Básicos

### Orden Médica Completa:

- Nombre del paciente
- Fecha Vigente
- Servicio Solicitado & CPT/HCPCS
- Diagnóstico & ICD-10
- Firma del Médico
- NPI del Médico
- Licencia del Médico

### Justificación de Necesidad (según aplique)

- Historial Médico
- Examen Físico
- Pruebas Diagnósticas (radiologías, patologías, laboratorios, etc.)
- Tratamiento

**Requisitos para Modificaciones:** Toda modificación deberá ser solicitada a través del número de fax de la línea de negocio que aplique, sea Comercial, Medicare Advantage o Vital. Deberá incluir la razón de la modificación, cambio de fecha, unidades, cambio de facilidad o código de servicio (CPT/HCPCS)

## Servicios en USA

- Referido de médico en Puerto Rico solicitando servicios en USA.
- Orden médica completa: no se acepta ordenes emitidas por *Nurse Practitioners, Physician Assistant* ni Médicos Estudiantes
- Justificación de necesidad (según aplique)

## Servicios de Oncología con Diagnósticos de Cáncer: Quimioterapia, PET CT, Molecular & Genética y Radioterapia \*Aplica a Medicare, Vital y Grupo Federal

Deben referir las solicitudes a la entidad delegada:

*Onco Health* al fax: [1 \(844\) 964-7707](tel:18449647707)

## LOB - MEDICARE ADVANTAGE

**Faxes:** 787-620-0925 / 787-620-0926

787-706-2889 – PREPA

787-620-0947 – Discharge

## LOB – COMERCIAL

**Faxes:** 787-774-4824 PA/USA

787-625-8650 Radiología y Procedimientos

## Servicios de Genética Molecular

Solicitudes deben estar completas y ser referidas a través del e-mail a: [pagenetics@ssspr.com](mailto:pagenetics@ssspr.com)

# CONTENIDO REQUERIDO PARA UNA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN: MEDICARE ADVANTAGE, COMERCIAL & PSG Vital

## LOB – PSG VITAL

**Faxes: 787-744-4837 Home Services**  
**787-625-8651 Radiología y Procedimientos**  
**787-706-2840 Transporte**

**Referido de Médico Primario Completo:** Puede ser emitido por médico participante de la IPA a la cual corresponde el beneficiario

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nombre del Beneficiario | <input type="checkbox"/> Servicio solicitado & CPT/HCPCS |
| <input type="checkbox"/> Número de Contrato      | <input type="checkbox"/> Firma del Médico                |
| <input type="checkbox"/> Fecha vigente           | <input type="checkbox"/> NPI del Médico                  |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico & ICD-10    |  |

### Beneficiario con Cubierta Especial

- No requiere referido de médico primario.
- Cubierta especial debe estar vigente.
- Orden médica debe ser emitida por especialista autorizado y tener todos los componentes requeridos según establecido previamente.

### Justificación de Necesidad (según aplique)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial médico   | <input type="checkbox"/> Examen físico |
| <input type="checkbox"/> Pruebas diagnósticas (radiologías, patologías, laboratorios, etc.) | <input type="checkbox"/> Tratamiento   |

### Servicios de Genética Molecular

Solicitudes deben estar completas y ser referidas a través del e-mail a: [pagenetics@ssspr.com](mailto:pagenetics@ssspr.com)

## SERVICIOS DENTALES

**Fax: 787-706-4024**

Servicios	Documentos Requeridos	Códigos	Radiografía	Reportes Clínicos
Prótesis, Implantes, Re-Endodoncia	Forma ADA	CDT	Si (Según aplique)	Si (Según aplique)
Periodoncia	Periodoncia Forma ADA / Charting Periodontal	CDT	Si (Según aplique)	Si (Según aplique)
Hospital Call	Forma ADA / Forma DD171	CDT	Si (Según aplique)	Si (Según aplique)
Médico Quirúrgico	MQ191 – Cirugías Ortognáticas MQ192 – Servicios Médicos Quirúrgicos	CPT & ICD-10	Si (Según aplique)	Si (Según aplique)
Servicios Ortodoncia (PSG VITAL)	Referido de médico primario Forma ADA del Ortodoncista Plan de tratamiento de Ortodoncia	CDT	Si (Según aplique)	Si (Según aplique)